

## 事例7・類例 注射剤の取り違えによって起こったインシデント、アクシデント事例

関係者	内容	事例の結果	最悪のシナリオ
複合	5-FU注を2人分調製し、別の患者の注射剤を医師に手渡し、医師も気づかず注入。	途中で気づき、正しい投与量が注入された時点でストップして事なきを得た。	過量投与となり、汎血球減少などから長期入院。
医師・歯科医師	サクシゾン<ヒドロコルチゾン>を意図していたが、誤ってサクシン<塩化スキサメトニウム>を看護師に指示。	看護師より「え、サクシンですか」との確認があり、指示ミスに気づいた。	気づかずそのままサクシンが投与され、呼吸停止により患者が重度後遺障害に。
看護師・准看	アスパラK<アスパラギン酸カリウム>と誤ってKCL<塩化カリウム>を誤って点滴に混和。	不明。	心停止により死亡。
看護師・准看	モルヒネ静注の指示に対して、ソセゴン<塩酸ペンタゾシン>を準備、病棟内の保管場所への収納ミスが一因。	不明。	ソセゴンに対して過敏症の患者だったため、ショックを起こし死亡。
看護師・准看	ヘパリン生食を使用するつもりで、ネブライザー用の生食を使用した。	不明。	血栓が生じて脳梗塞を発症。
薬剤師	注射調剤において、カルベニン<パニペナム・ベタミプロン>のかわりにウロキナーゼが病棟に配薬された。	看護師が気づき、無事。	誤投与を受けたのが頭部術後の患者で、頭蓋内出血から死亡。
看護師・准看	トランサミンS<トラネキサム酸>と間違えて外観の類似したアスパラK<アスパラギン酸カリウム>を投与してしまった。	不明。	患者の出血が遷延。
医師・歯科医師	ウテメリン<塩酸リトドリン>の指示に研修医がメテナリン<マレイン酸メチルエルゴメトリン>を同じものだと思ひこみ調製。	指導医が間違いに気づき事なきを得た。	子宮収縮により胎児が死亡。
薬剤師	ソル・コーテフ<ヒドロコルチゾン>のところをソル・メドロール<メチルプレドニゾン>をセット。	不明。	急性循環不全に対する対応が遅れ、容態が遷延。
看護師・准看	看護師が、ブレドニン注<プレドニゾン>と誤り、外観の類似したガスター<ファモチジン>を投与。	予定時刻より遅れてブレドニンを再投与。特に異常なし。	気管支喘息の予後が悪くなり、喘息症状が遷延。
医師・歯科医師	以前、麻疹の予防接種時に副作用経験のある患児に、風疹の予防接種のつもりで誤って麻疹の予防接種を施行。	様子観察、転帰不明。	アナフィラキシーショックから死亡。
看護師・准看	ヘパリンと間違えて他の患者のエルシトニン<エルカトニン>を注射。注射筒に普段と異なる太さの注射針をつけていたことが一因。	不明。	強度の悪心嘔吐を起こした。
複合	ケタラール<塩酸ケタミン> 6 mlの口頭オーダに、看護師が処方意図の静注用ではなく筋注用を手渡し、5倍量投与に。	不明。	急性心不全により死亡。
看護師・准看	持続点滴中に順番を間違え、アスコルビン酸とビタミンC<混合ビタミン剤>を別の輸液に混和し施用した（KN補液とラクトロインゲル液の取り違え）。	特に問題は生じず。	患者が極度の医療不信に。
薬剤師	フルクトラクト注<電解質輸液>を準備すべきところKN補液<同>を準備。	看護師により誤りが発見された。	患者が極度の医療不信に。
看護師・准看	医師の指示が変更になり、フィジオ35<電解質輸液>を投与すべきところ変更前のKN補液3B<同>を点滴。	不明。	患者が極度の医療不信に。
看護師・准看	5-FU注を調製すべきところ誤ってアインボリン注<レボホリナートカルシウム>を調製。	確認作業中に気づき再調製。	激しい下痢を起こし、脱水症状から薬物治療の継続が困難に。
看護師・准看	アミノトリパ2号<IVH維持液>を調製すべきところ、同1号<IVH開始・維持液>を投与。	不明。	血糖値が低下しめまい等を訴えた。
複合	アミノフリード<アミノ酸輸液製剤>からKN補液<電解質輸液>に変更になったが、連絡不十分で、変更前のアミノフリードを誤って点滴。	不明。	患者が極度の医療不信に。
看護師・准看	セルシン<ジアゼパム>と誤ってアリナミンF<塩酸フルスルチアミン>を準備した。	アンブルカット前に誤りに気づき、正しく調製した。	患者の鎮静が得られず、手術が延期に。
薬剤師	グラン<フィルグラスチム>300 $\mu$ +150 $\mu$ の処方に、誤ってエスポー<エポエチンアルファ>300 $\mu$ +グラン150 $\mu$ を準備。	看護師により誤りが発見された。	アナフィラキシーショックにより死亡。
看護師・准看	エポジン<エポエチンベータ>1,500単位を投与すべきところ誤って3,000単位を投与。	不明。	肝機能障害、黄疸を発症。
看護師・准看	エポジン<エポエチンベータ>750単位を投与すべきところ誤って3,000単位を投与。	不明。	肝機能障害、黄疸を発症。
看護師・准看	ソリタT1<電解質輸液>と誤ってグリセオール注<濃グリセリン・果糖>を準備。	点滴直前に他の看護師が発見。	電解質バランスが悪化し、不整脈から心停止に。

関係者	内容	実例の結果	最悪のシナリオ
看護師・准看	ゲンタシン<硫酸ゲンタマイシン>40mgを投与すべきところ誤って同10mgを投与.	6日後に他の看護師が薬品確認の際に気づいた.	感染症が遷延し、敗血症から死亡.
看護師・准看	セレネース<ハロペリドール>を投与すべきところを誤ってサイレース<フルニトラゼパム>を投与.	不明.	せん妄が改善せず、入院期間が延長.
薬剤師	トランサミン注<トラネキサム酸>10%を調剤すべきところを同5%を誤って調剤し払い出し.	不明.	薬効不十分のため内臓出血が止まらず全身状態が悪化.
看護師・准看	トリフリード<電解質輸液>の誤指示に看護師が気づき、医師に確認し訂正したが、記載を訂正しなかったため別の看護師がそのまま投与.	点滴開始時に他の看護師が再度誤りに気づき、正しいアミノ酸輸液を点滴した.	電解質バランスが悪化し全身状態が悪化.
薬剤師	サクシゾン<ヒドロコルチゾン>を準備すべきところ誤って形態の類似したノイトロジン<レノグラスチム>をセット.	不明.	重篤な肝障害を発症し死亡.
薬剤師	ピキシリン注<アンピシリン>の指示に、色の類似したペントシリン注<ピペラシリンナトリウム>を払い出し.	不明.	アナフィラキシーショックにより死亡.
看護師・准看	メイロン<炭酸水素ナトリウム>を混注すべきところ、誤って隣にあった他の患者用のメディジェクトK<塩化カリウム>を混注.	不明.	電解質バランスが崩れ不整脈を発症.
複合	医師の注射施行の口頭指示に、伝票を見てメロペン<メロペネム>を点滴したが、指示はアミカシン<硫酸アミカシン>に変更されていた.	申し送りの際に指示が変更になっていることに気づいた. 転帰不明.	感染症が遷延し入院期間が延長.
看護師・准看	アミノフリード<末梢静脈栄養輸液>を投与すべきところ、同時に持っていた他の患者の乳酸リンゲル液を点滴.	点滴開始後すぐに気づき、患者家族に説明、謝罪.	低栄養、低血糖に至りふらふらから転倒.
看護師・准看	ペンタジン<ペンタゾシン>の指示に対して誤ってレパタン<塩酸ブプレノルフィン>を準備.	注射器で吸った時点で誤りに気づいた.	アナフィラキシーショックを起こして死亡.
医師・歯科医師	硫酸アトロピンを投与すべきところ誤ってワゴスチグミン<メチル硫酸ネオスチグミン>を静脈注射.	看護師が空アンプルを見て誤りに気づく. 患者の転帰は不明.	呼吸停止に至り、脳虚血から上下肢麻痺の重度後遺障害に.
看護師・准看	大塚生食注<塩化ナトリウム>20m <sup>l</sup> の指示に、誤って大塚糖液50% 200m <sup>l</sup> を投与.	高血糖を生じ、経過観察に.	糖尿病にともなう眼症状が悪化.
医師・歯科医師	頭痛、悪心の患者に対し、同時に出されていたインフルエンザワクチン接種予定者のカルテと取り違えてインフルエンザワクチンを誤投与.	頭痛が遷延. 誤投与とその後の対応に関し患者が医師会の医療苦情窓口に訴えた.	アナフィラキシーショックにより患者が死亡.

## 【出典】

東京都医療安全管理体制支援事業緊急事例報告 (<http://www.tmsia.org/>),

日本医療機能評価機構ヒヤリハット事例情報データベース (<http://www2.hiyari-hatto.jp/hiyarihatto/index.jsp>),

医薬品医療機器総合機構事例集 (<http://www.info.pmda.go.jp/info/idx-iryouanzen.html>),

「医療に関する苦情相談センター」事例集. 愛知県医師会, 愛知, 2006.